

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

GynT/\_\_\_\_\_

## Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V

### 1. Gegenstand der Anzeige: gynäkologische Tumoren

**Subspezialisierung:**  nein  ja, Mammakarzinom gemäß Nr. 1.1 der ASV-Richtlinie, Anlage 1.1a) Tumorgruppe 2

ja, sonstige gynäkologische Tumoren gemäß Nr. 1.2 der ASV-Richtlinie, Anlage 1.1a) Tumorgruppe 2

### 2. Angaben zum Anzeigenden (ASV-Berechtigter):

Krankenhaus  Vertragsarzt\*  Medizinisches Versorgungszentrum/  
Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V

Name/ Einrichtung:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_ Institutskennzeichen: \_\_\_\_\_

### 3. beigefügte Anlagen zur Anzeige (bitte ankreuzen):

- Teil A personelle Anforderungen (interdisziplinäres Team)
- Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen
- Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV
- Teil E Einverständniserklärung
- Teil F Nachweis von Mindestmengen

\*Im Interesse der Lesbarkeit wurde in den Anzeigeformularen auf geschlechtsbezogene Doppelnennungen verzichtet und die männliche Form verwendet.

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

4. **Beginn der Teilnahme an der ASV ist vorgesehen ab dem:** \_\_\_\_\_  
Tag/Monat/Jahr

5. **Unterzeichnung:** Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/ Unterschrift: 

**Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:**

Ja

Nein

6. **Bevollmächtigung eines Anzeigenden (ASV-Berechtigten) zum Bevollmächtigten gemäß § 13 SGB X sowie zur Entgegennahme von Bescheiden des eLA gemäß § 37 Absatz 1 Satz 2 SGB X:**

**Zeigen mehrere Anzeigensteller (ASV-Berechtigte) gemäß § 2 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL ihre gemeinsame Teilnahme an, sollen sie dem eLA gegenüber einen von ihnen als Bevollmächtigten bestellen, der gemäß § 13 SGB X ermächtigt ist, im Rahmen der Prüfung ihrer Berechtigung durch den eLA Verfahrenshandlungen vorzunehmen sowie gegenüber dem der eLA gemäß § 37 SGB X seine Bescheide bekanntgeben kann.**

**Bevollmächtigter:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift aller weiteren Anzeigensteller:**

Name/ Einrichtung:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

GynT/\_\_\_\_\_

## Teil A

### 1. Personelle Anforderungen gynäkologische Tumoren

1.a) Angaben zur Teamleitung				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
a) Teamleitung		LANR BSNR IK	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäko- logische Onkologie <b>oder</b> Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatz- Weiterbildung Medika- mentöse Tumorthérapie**	<input type="checkbox"/>
Vertretung* der Teamleitung		LANR BSNR IK	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäko- logische Onkologie <b>oder</b> Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatz- Weiterbildung Medika- mentöse Tumorthérapie**	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>				
b) Teamleitung		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <b>oder</b> Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatz- Weiterbildung Medika- mentöse Tumorthérapie**	<input type="checkbox"/>
Vertretung* der Teamleitung		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <b>oder</b> Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatz- Weiterbildung Medika- mentöse Tumorthérapie**	<input type="checkbox"/>

\*optional

\*\* Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung muss bis zum 31.12.2015 erteilt sein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.a) Angaben zur Teamleitung				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
<b>oder</b>				
c) Teamleitung		LANR	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

1.b) Angaben zum Kernteam				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Teammitglied		LANR	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie <b>oder</b> Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatz- Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie <b>oder</b> Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatz- Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Teammitglied		LANR	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <b>oder</b> Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatz- Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <b>oder</b> Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatz- Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Teammitglied		LANR	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\*optional

\*\* Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung muss bis zum 31.12.2015 erteilt sein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Hinzuzuziehender		LANR	Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Humangenetik	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Humangenetik	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Gastroenterologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Gastroenterologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\*optional

\*\* nicht bei Subspezialisierung auf Mammakarzinom gemäß Nr. 1.1

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

<b>1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten</b>				
<b>Funktion:</b>	<b>Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR BSNR Institutskennzeichen</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>geeignete Nachweise beigefügt</b>
Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Nephrologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Nephrologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Pathologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Pathologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\*optional

\*\* nicht bei Subspezialisierung auf Mammakarzinom gemäß Nr. 1.1

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Hinzuzuziehender		LANR	Psychiatrie und Psychotherapie <b>oder</b> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <b>oder</b> Psychologischer Psychotherapeut <b>oder</b> ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Psychiatrie und Psychotherapie <b>oder</b> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <b>oder</b> Psychologischer Psychotherapeut <b>oder</b> ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Radiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Radiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehende		LANR	Urologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Urologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehende		LANR	Viszeralchirurgie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Viszeralchirurgie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\*optional

\*\* nicht bei Subspezialisierung auf Mammakarzinom gemäß Nr. 1.1



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

**Ein Facharzt im interdisziplinären Team muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen:**

Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR  BSNR  Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Name, Vorname		LANR		<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

**Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team ist gewährleistet durch, z. B. regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechung:**

---



---



---



---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## 2. Anzeige der teilnehmenden Krankenhäuser

<b>Genaue Bezeichnung:</b>		
Anschrift:		
Ansprechpartner:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i. d. F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich onkologische Erkrankungen/gynäkologische Tumore.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## 3. Anzeige der teilnehmenden Vertragsärzte bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bzw. Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V

Vorname, Name (Vertragsarzt bzw. des Geschäftsführer des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 311 SGB V):	
Anschrift:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
LANR:	
BSNR:	
BSNR (Nebenbetriebsstätten):	

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## 4. Kooperationsvereinbarungen gem. § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V

Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1a) der ASV-Richtlinie ist der Abschluss einer ASV-Kooperation. Für die ASV-Versorgung bei onkologischen Erkrankungen ist eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erforderlich.

Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden.

Vertraglich vereinbarte Kooperationen zur Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gem. §§ 3 und 4 der ASV-Richtlinie sind hiervon unberührt.

- Es wurden eine oder mehrere Kooperationsvereinbarungen gem. § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V i.V.m. § 10 ASV-Richtlinie abgeschlossen. Diese liegen der Anzeige in beglaubigter Abschrift bei.

Gegenstand der Kooperationsvereinbarung(en) ist insbesondere:

- die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über die Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie,
- die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen,
- die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Aufgaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

- Eine Kooperationsvereinbarung gem. § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V i.V.m. § 10 ASV-Richtlinie konnte nicht abgeschlossen werden, weil in meinem für die ASV relevanten Einzugsbereich

- kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist. Bitte begründen:

---



---



---



---



---

oder

- trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens zwei Monaten kein geeigneter, zur Kooperation bereiter Leistungserbringer gefunden werden konnte. Bitte begründen:

---



---



---



---



---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

GynT/\_ \_ \_ \_ \_

## Teil B

### sächliche und organisatorische Anforderungen gynäkologische Tumoren

#### 1. Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen

geeignete  
Nachweise beigefügt

Soziale Dienste (Dienste bitte benennen):

---



---



---



Physiotherapie (Praxis bitte benennen):

---



---



---



Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege) (bitte benennen):

---



---



---



Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung (bitte benennen):

---



---



---



Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung (bitte benennen)\*\*:

---



---



---



\*\* nicht bei Subspezialisierung auf Mammakarzinom gemäß Nr. 1.1

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## 2. 24-Stunden-Notfallversorgung

Mindestens in Form einer Rufbereitschaft von folgenden Ärzten:

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ja  nein
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie ja  nein

Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfalllabor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik. Diese muss in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

## 3. Weitere sächliche und organisatorische Anforderungen

Die unten aufgeführten sächlichen und organisatorischen Anforderungen werden eingehalten:

- Zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages ist jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren. ja  nein
- Dem Patienten ist das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen. ja  nein
- Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgt zeitnah. ja  nein
- Es steht eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung. ja  nein
- Für immundefiziente Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung. ja  nein
- Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe. ja  nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

- |   |           |                          |             |                          |
|---|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| - Es wird eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten.  | <b>ja</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> | <input type="checkbox"/> |
| - Es steht eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarksuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung  | <b>ja</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> | <input type="checkbox"/> |
| - Es werden Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patienten bereitgehalten.  | <b>ja</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> | <input type="checkbox"/> |
| - Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung innerhalb 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung.  | <b>ja</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> | <input type="checkbox"/> |
| - Es sind stationäre Notfalloperationen möglich.  | <b>ja</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> | <input type="checkbox"/> |
| - Den Patienten wird industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt.  | <b>ja</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> | <input type="checkbox"/> |
| - Es erfolgt eine Registrierung der Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes.  | <b>ja</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> | <input type="checkbox"/> |
| - Bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse sind folgende Voraussetzungen erfüllt***:   |           |                          |             |                          |
| • die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse wird im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert begründet   | <b>ja</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> | <input type="checkbox"/> |
| • der Patient wird über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zu Genexpressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten sowie die Alternativen aufgeklärt | <b>ja</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> | <input type="checkbox"/> |
| • eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Testverfahren zur Genexpressanalyse am Primärtumorgewebe des Patienten ist ausgeschlossen.   | <b>ja</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nein</b> | <input type="checkbox"/> |

\*\*\* nicht bei Subspezialisierung auf sonstige gynäkologische Tumoren gemäß Nr. 1.2

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

**4. Behindertengerechter Zugang und behindertengerechte Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung werden von allen Mitgliedern des interdisziplinären Teams gewährleistet**

ja

nein,

Bemerkungen:

---

---

---

**5. Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar**

ja

nein,

Bemerkungen:

---

---

---

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird versichert.

Name, Vorname (Anzeigensteller): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

GynT/\_ \_ \_ \_ \_

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Kernteam

### FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

Name:

	geeignete Nachweise beigefügt*	Genehmigung durch KVT liegt vor
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 MBV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 2 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Kernteam

#### FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Name:

\_\_\_\_\_

	geeignete Nachweise beigefügt*	Genehmigung durch KVT liegt vor
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 MBV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Kernteam

#### FA für Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie\*\*

Name:

	geeignete Nachweise beigefügt*	Genehmigung durch KVT liegt vor
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 MBV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 2 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

\*\*Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an Onkologievereinbarung seitens der zuständigen KV muss bis zum 31.12.2015 erteilt worden sein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Kernteam

### FA für Strahlentherapie

Name:

\_\_\_\_\_

**geeignete  
Nachweise  
beigefügt\***    **Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Strahlentherapie)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Computertomographie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Anästhesiologie

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   |                          |                          |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### FA für Gefäßchirurgie

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   |                          |                          |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Röntgendiagnostik) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Humangenetik

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- \_\_\_\_\_
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Molekulargenetik)

#### FA für Innere Medizin und Angiologie

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- \_\_\_\_\_
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren
  - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik
  - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Röntgendiagnostik)
  - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen
  - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 MBV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie\*\*

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  |                          |                          |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 MBV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

\*\* nicht bei Subspezialisierung auf Mammakarzinom gemäß Nr. 1.1

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Innere Medizin und Gastroenterologie\*\*

Name:

	geeignete Nachweise beigefügt*	Genehmigung durch KVT liegt vor
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung koloskopischer Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 MBV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

\*\* nicht bei Subspezialisierung auf Mammakarzinom gemäß Nr. 1.1



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Innere Medizin und Kardiologie

Name:

	geeignete Nachweise beigefügt*	Genehmigung durch KVT liegt vor
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 MBV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### FA für Innere Medizin und Nephrologie\*\*

Name:

	geeignete Nachweise beigefügt*	Genehmigung durch KVT liegt vor
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 MBV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

\*\* nicht bei Subspezialisierung auf Mammakarzinom gemäß Nr. 1.1

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Laboratoriumsmedizin

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V  
zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin



#### FA für Neurologie

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V  
zum ambulanten Operieren



- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V  
zur Ultraschalldiagnostik



- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V  
zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und  
Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Computertomographie)



\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Nuklearmedizin

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- \_\_\_\_\_
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Nuklearmedizin)
  - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

#### FA für Pathologie

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- \_\_\_\_\_
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### psychologischer Psychotherapeut/ärztlicher Psychotherapeut

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  |                          |                          |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)**   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### FA für Psychiatrie und Psychotherapie

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  |                          |                          |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  |                          |                          |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 MBV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 MBV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C.

\*\* nur ärztlicher Psychotherapeut

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Urologie\*\*

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   |                          |                          |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Röntgendiagnostik) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### FA für Viszeralchirurgie\*\*

Name:

geeignete  
Nachweise  
beigefügt\*      Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  |                          |                          |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

\*\* nicht bei Subspezialisierung auf Mammakarzinom gemäß Nr.1.1

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- gynäkologische Tumoren

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Radiologie

Name:

\_\_\_\_\_

	geeignete Nachweise beigefügt*	Genehmigung durch KVT liegt vor
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Computertomographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Mamma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Knochendichtemessung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 2 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

\*\* nicht bei Subspezialisierung auf Mammakarzinom gemäß Nr.1.1

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

GynT/\_\_\_\_\_

## **Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV - gynäkologische Tumoren**

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung onkologischer Erkrankungen: Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren sind den Mitgliedern des interdisziplinären Teams bekannt.
- Die ASV-Berechtigten stellen sicher, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb des ASV-Teams zur Verfügung stehen.
- Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams unter Beachtung des Facharztstatus persönlich getroffen.
- Die spezialfachärztlichen Leistungen des Kernteams werden am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung angeboten.
- Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar.
- Ärzte in Weiterbildung werden ausschließlich unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Berücksichtigung des Facharztstandards einbezogen. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch Ärzte in Weiterbildung nicht erbracht.
- Bei der Durchführung ärztlicher Leistungen im Rahmen der ASV werden die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. der „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Abs. 2 SGB V“ erfüllt und eingehalten.
- Die Behandlung orientiert sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.
- Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden gemäß den Anlagen der ASV-Richtlinie des G-BA erfüllt und die dort geforderten Bereiche vorgehalten.
- Die apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die in den Richtlinien des G-BA festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement werden eingehalten.
- Das Einverständnis zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V wird erklärt.
- Die Dokumentation erfolgt gemeinsam und ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht.
- Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status mit R- und G-Code nach UICC), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages werden dokumentiert.
- Mir ist bekannt, dass ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt besteht. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Verlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.
- Die Mitglieder des interdisziplinären Teams nehmen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teil.

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Anzeigepflichten:

- Eine Vertretung der Mitglieder erfolgt nur durch Fachärzte, welche die in der ASV-Richtlinie des G-BA normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen; Vertretungen, die länger als eine Woche dauern, werden dem Erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KVT und der LKHG Thüringen durch die Teamleitung gemeldet.
- Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams (Teamleitung, Kernteam, hinzuziehende Fachärzte) ausscheidet, ist dies dem Erweiterten Landesausschuss innerhalb von sieben Werktagen anzuzeigen. Innerhalb von sechs Monaten ist gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss nach § 116 b Abs. 3 Satz 1 SGB V ein neues Mitglied zu benennen.
- Der Wegfall der Erfüllung einzelner Voraussetzungen der ASV-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V ist unverzüglich anzuzeigen.
- Die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der krankenhausrrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V ist unverzüglich anzuzeigen.
- Es ist bekannt, dass der Erweiterte Landesausschuss berechtigt ist, einen an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ASV weiterhin erfüllt werden.

## Hinweise auf weitere Pflichten:

- Auf Verlangen des Patienten hat eine Aktualisierung und, sofern der Patient keinen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von **Medikationsplänen** nach § 31a SGB V in Papierform zu erfolgen. Der Patient ist bei Verordnung eines Arzneimittels über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplanes nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und der ASV zu informieren.
- Geeignete Patienten werden über nationale und internationale Studien informiert; eine gewünschte Teilnahme wird ermöglicht.
- Mit den Patienten- und Selbsthilfeorganisationen wird eine kontinuierliche Zusammenarbeit gewährleistet.
- Die Patienten werden mit ihrem Einverständnis bei Erstkontakt mit der ASV umfassend und in für diese verständlicher Weise über das Versorgungsangebot der ASV, über das interdisziplinäre Team, über die Behandlungsmaßnahmen und -ziele und das betreffende Leistungsspektrum informiert und behandelt.
- Die Patienten werden nach Abschluss schriftlich über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen informiert.



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Der Erweiterte Landesausschuss darf erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Serviceestelle weitergeben.</b>

## Anzeigensteller:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Teamleitung:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.</b>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.</b>
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	<b>Der Erweiterte Landesausschuss darf erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergeben.</b>
--------------------------	--

## Kernteam:

Name, Vorname (Kernteammitglied): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Kernteammitglied): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Kernteammitglied): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Der Erweiterte Landesausschuss darf erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergeben.</b>

## Hinzuziehende Ärzte:

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

GynT/\_\_\_\_\_

## **Teil E Einverständniserklärung**

Mit der Einsichtnahme in meine bei der KV \_\_\_\_\_ geführte Arztregisterakte und die Akten zu den Genehmigungsverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, die für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach der ASV-Richtlinie Anlage 1.1a) Tumorgruppe 2 notwendig sind, durch die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses bin ich einverstanden.

Vorname, Name:

---

LANR:

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel

---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

## Einwilligung in die elektronische Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erkläre ich,

Vorname, Name:

---

dass ich in die elektronische Verarbeitung meiner mich betreffenden personenbezogenen Daten zum Zwecke der Anzeigebearbeitung aller Anzeigen und Überwachung des Fortbestehens der Anforderungen im Rahmen der ASV bei der Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses für den Zeitraum der Anzeigenprüfung und meiner tatsächlichen Teilnahme an der ASV einverstanden bin. Ohne meine ausdrückliche Zustimmung dürfen keine Daten an Dritte weitergegeben werden. Sollte ich kein Mitglied eines ASV-Teams mehr sein, werden alle meine Daten sofort gelöscht.

### Hinweis

Sollte kein Einverständnis über die elektronische Verarbeitung der personenbezogenen Daten vorliegen, sind mit jeder Anzeige alle Urkunden und weiteren Nachweise erneut vorzulegen.

### Rechte

Es besteht jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über die Verarbeitung der meine Person betreffenden personenbezogenen Daten sowie das Recht zur Berichtigung, zur Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Es kann jederzeit ohne Angaben von Gründen vom Widerspruchsrecht Gebrauch gemacht werden und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abgeändert oder gänzlich widerrufen werden. Der Widerruf kann postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses in Thüringen übermittelt werden.

Es besteht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz:

Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Postfach 900455  
99107 Erfurt

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragter der  
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar  
e-Mail: [datenschutz@kvt.de](mailto:datenschutz@kvt.de)

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

GynT/\_\_\_\_\_

## **Teil F Nachweis von Mindestmengen - gynäkologische Tumoren**

### **1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.1a) Tumorgruppe 2, Nummer 3.4 der ASV-Richtlinie**

#### **1.1 Mindestmengen für das Kernteam allgemein**

a) Für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom\*:

Die Mitglieder des Kernteams müssen mindestens 250 Patienten der in der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 2 der ASV-RL unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ICD-Kode C50 mit gesicherter Diagnose behandeln.

b) Für die Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren\*\*:

Die Mitglieder des Kernteams müssen mindestens 60 Patienten der in der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 2 der ASV-RL unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ICD-Kode C51 bis C58 mit gesicherter Diagnose behandeln.

#### **1.2 Arztbezogene Mindestmengen**

Mindestens ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Arzt, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

**oder**

Mindestens ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Arzt, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim Erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

\* gilt nicht bei Subspezialisierung auf andere gynäkologische Tumoren gemäß Nr. 1.2

\*\* gilt nicht bei Subspezialisierung auf Mammakarzinom gemäß Nr. 1.1

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## 1.3 Berechnung

Für die Berechnung der Mindestmengen ist die Summe aller Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige heranzuziehen.

Die Behandlung eines Patienten durch mehrere Mitglieder wird nicht mehrfach gezählt.

## 2. Nachweis über die Erfüllung der Mindestmengen der Mitglieder des Kernteams

Das Kernteam einschließlich der Teamleitung hat in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige mindestens

- a) 250 Patienten der in Indikationsgruppe ICD-Kode C50 mit gesicherter Diagnose\*  
und/oder  
b) 60 Patientinnen der Indikationsgruppen ICD-Kode C51 bis C58 mit gesicherter Diagnose\*\*  
behandelt.

Als Nachweis der Einhaltung der erforderlichen Mindestmengen ist eine pseudonymisierte Patientenliste (anhand des unten stehenden Musters) beigefügt.

Muster Patientenliste:

Fall-Nr.	Diagnose	Behandlungszeitraum	Behandelnder Arzt
1			
2			

Die Mindestmengen (250/60) sind erfüllt:

Ja

Nein: Behandlungszahl: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ % (mindestens 50%)

\* gilt nicht bei Subspezialisierung auf andere gynäkologische Tumoren gemäß Nr. 1.2

\*\* gilt nicht bei Subspezialisierung auf Mammakarzinom gemäß Nr. 1.1

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## 3. Nachweis über die Erfüllung der arztbezogenen Mindestmengen innerhalb des Kernteams

- Ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie hat in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige insgesamt mindestens durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal betreut, darunter 70 Patienten mit medikamentöser Tumortherapie, davon 30 intravenös oder intrakavitär oder intraläsional, behandelt
- Als Nachweis der Einhaltung der erforderlichen Mindestmengen ist eine pseudonymisierte Patientenliste (möglichst in Form des unten stehenden Musters) beigefügt.

Muster Patientenliste:

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Patientenliste von Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien (mind. 120):

Fall-Nr.	Diagnose (ICD-10)	Behandlungszeitraum	davon mit medikamentöser Tumortherapie (mind. 70, bitte ankreuzen)	Davon: intravenös oder intrakavitär oder intraläsional (mind. 30, bitte ankreuzen)
1				
2				

Die Mindestmengen sind erfüllt:

- Ja
- Nein: Behandlungszahl: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ % (mindestens 50%)

**oder**

- ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams hat in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal durchgeführt, darunter 60 Patienten mit antineoplastischer Therapie, davon 20 intravenös oder intrakavitär antineoplastisch oder intraläsional behandelt.
- Als Nachweis der Einhaltung der erforderlichen Mindestmengen ist eine pseudonymisierte Patientenliste (möglichst in Form des unten stehenden Musters) beigefügt.



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Muster Patientenliste:

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_, Facharzt für \_\_\_\_\_

Patientenliste von Patienten mit soliden Neoplasien (mind. 80):

Fall-Nr.	Diagnose (ICD-10)	Behandlungszeitraum	davon mit antineoplastischer Tumorthherapie (mind. 60, bitte ankreuzen)	Davon: intravenös oder intrakavitär oder intraläsional (mind. 20, bitte ankreuzen)
1				
2				

Die Mindestmengen sind erfüllt:

Ja

Nein: Behandlungszahl: \_\_\_\_ = \_\_\_\_ % (mindestens 50%)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Teamleitung): \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_